

Universidad Autónoma de Baja California

Factores socioculturales, salud sexual y morbilidad materno-fetal de
adolescentes atendidas en el Hospital General de Tijuana

Trabajo terminal
Que para obtener la especialidad de:

Ginecología y obstetricia

Presenta

Dr. Carlos Francisco Rodríguez Palacios

Director de Tesis

Dra. Luz Hena Aburto Márquez

Tijuana, Baja California

Febrero 2008

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Medicina Mexicali

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Departamento de Enseñanza e Investigación



Factores socioculturales, salud sexual y morbilidad materno-fetal de
adolescentes atendidas en el Hospital General de Tijuana

Trabajo terminal para obtener la especialidad de:

Ginecología y Obstetricia

Presenta: Dr. Carlos Francisco Rodríguez Palacios

Director de Tesis: Dra. Luz Elena Aburto Márquez

Tijuana, Baja California, Febrero de 2008

Dedicatoria:

Este trabajo quiero dedicarlo a mi esposa la cual desde que somos niños siempre me ha apoyado en los buenos y no tan buenos momentos así como durante toda la residencia y por su confianza en mí, la cual me ha impulsado a seguir adelante en el camino de la superación aun cuando no soy el ejemplo de esposo, ella si lo es de mujer y de ayuda a lograr ser mejor cada día que estoy a su lado.

También quiero dedicarla a mi hija por ser un aliciente en mi vida que me obliga a superar me día con día

Lo dedico también a mi familia por ser un pilar en mi desarrollo como persona, principalmente a mis padres por su apoyo durante toda mi vida y durante toda mi carrera, porque me han enseñado con el ejemplo a superar todos los obstáculos que puedes encontrar en el camino

Agradeci mientos:

Al os Doctores Miriano López Ramírez y Luz Elena Aburto Márquez por su ejemplo que como médicos me brindaron durante mi residencia; así como por su apoyo teórico y práctico durante mi formación como ginecólogo, especialmente por su asesoría durante la realización de este trabajo.

A mis maestros con sincero afecto y gratitud por el tiempo que tomaron para impartir sus conocimientos y de esta manera contribuir desinteresadamente en mi formación.

A mis compañeros por compartir conmigo estos cuatro años, por apoyarme en esas noches de desvelo y por su amistad.

HOJA DE FIRMAS

Dr. Mariano López Ramírez
Jefe Del Servicio De Ginecología y Obstetricia

Dra. Luz Hena Aburtó Márquez
Directora de Tesis

Dra. Luz Hena Aburtó Márquez
Profesor Titular del Curso de Postgrado

Dra. Norma Leticia Falcón Noriega
Jefatura de Enseñanza e Investigación

CONTENIDO

CAPITULO I. INTRODUCCION	1
CAPITULO II. JUSTIFICACION	5
CAPITULO III. OBJETIVO GENERAL	7
CAPITULO IV. MATERIAL Y METODO	8
Sujetos de estudio	8
Variables independientes	8
Variables dependientes	8
Instrumento de medición	9
CAPITULO V. resultados	9
Grupo estudiado	9
Nivel socioeconómico	10
Estado civil	11
Escolaridad	11
Control prenatal	12
Orientación sexual	12
Planificación familiar	13
Vida sexual	13
Nutrición	15
Resultado obstétrico	15
Morbilidad fetal	15
CAPITULO V. CONCLUSIONES	16
CAPITULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
CAPITULO VII. Encuestas	21

TABLAS Y GRAFICAS

Grafica 1. Grupos de estudio	9
Grafica 2. Ocupación	9
Grafica 3. Estado civil	10
Grafica 4. Control prenatal	11
Grafica 5. Orientación sexual	12
Grafica 6. Uso de método de planificación familiar	12
Grafica 7. Relación edad y complicaciones del embarazo	15
Tabla 1. Escolaridad	11
Tabla 2. Planificación familiar	12
Tabla 3. Embarazo planeado	13
Tabla 4. Inicio de vida sexual	13
Tabla 5. Estado nutricional	13
Tabla 6. Resultado obstétrico	14
Tabla 7. complicaciones del embarazo	14
Tabla 8. Morbilidad fetal	15

FACTORES SOCIOCULTURALES, SALUD SEXUAL Y MORBILIDAD MATERNO-FETAL DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA

Antecedentes

La adolescencia es como la puerta de entrada a los retos que la vida ofrece. Para el adolescente, ésta representa una etapa de apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero en contraparte, no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual es más probable adquirir en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, el adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, los adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagoniza con las fuerzas biológicas de incitación y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia. ⁽¹⁰⁾

La ruta de la adolescencia cambia conforme las bases de la familia. Se entiende por embarazo en la adolescente a todo tipo de concepción ocurrida antes de los 20 años de edad. ^(7, 8, 9, 11, 12, 13)

Al estudiar los factores o circunstancias que dan lugar al embarazo en la adolescencia, se hace alusión a los acontecimientos que, en el entorno inmediato, participaron para que ocurriera. Sembrans, señaló que en un principio se creía que tal evento ocurría como consecuencia de una debilidad mental o pérdida de la capacidad de juicio. O bien, que se buscaba el embarazo como una estrategia para conseguir el afecto de la pareja. También se encontró como un elemento de causa el rechazo a la preocupación exagerada de los padres por la virginidad de la hija. Más tarde se interpretó como la consecuencia directa del maltrato recibido en el hogar y de la búsqueda de una independencia ante las obligaciones con los hermanos menores y del hogar. ⁽¹⁻²⁻¹⁵⁻¹⁶⁾

Por último y en íntima vinculación con el aspecto anterior, se encuentra el hecho de que se ha vuelto cada vez más frecuente el fenómeno de las madres solteras, a diferencia del pasado, cuando la gran mayoría de los embarazos que ocurrían entre adolescentes conducía en pocos meses a una unión o matrimonio, ya fuera voluntario o forzoso. ⁽¹⁻¹¹⁻¹²⁾

La adolescencia debe ser considerada como una etapa de la vida en sí misma, al igual que la niñez, la adultez, o la ancianidad, y no como un período de transición de un estado a otro durante el cual el niño se convierte en adulto. Por lo tanto, y de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de Salud (OMS), la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. Podemos clasificar la adolescencia en: a) adolescencia precoz (pubertad hasta 14 años), b) adolescencia intermedia (15 a 17 años), y c) adolescencia tardía (18 a 19 años). Durante éste periodo van produciéndose en el ser humano acelerados y muy marcados cambios físicos y psíquicos. Entre lo más significativo de estas transformaciones se encuentran la aparición de la primera menstruación en la niña, a la cual se llama menarca, y de la primera eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar, en el varón. ⁽²⁻²⁰⁾

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. En esta etapa se abre a los adolescentes un amplio campo de descubrimientos y a la vez de confusión, en el que surgen intereses y sentimientos nunca antes experimentados, que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Una de las principales áreas de conflicto es la esfera sexual, con gran riesgo para las mujeres debido a la posibilidad de un embarazo, tanto por la inmadurez como por la poca información que sobre el tema reciben. ⁽¹³⁻⁸⁾

Desde la perspectiva biomédica, el embarazo en la adolescencia constituye todo un reto para las instituciones del sector salud. Se ha interpretado como un embarazo que ocurre en circunstancias de alto riesgo, debido a las complicaciones que suceden tanto en la madre como en el producto de la concepción. Las campañas promocionales de la planificación familiar y particularmente las del uso de anticonceptivos están dirigidas de manera muy incisi va sobre todo a los grupos de mujeres jóvenes; propone y fomenta la postergación del primer embarazo hasta después de los 19 años de edad. Aunque no existe una relación entre la educación contraceptiva y la iniciación más temprana de la actividad sexual, se ha sugerido mantener un periodo intergenésico que sea mayor a los 18 meses, ya que cuando estas circunstancias no se cumplen, la probabilidad de riesgo aumenta en forma considerable. ⁽¹¹⁻⁷⁾

Cuando el embarazo ocurre a edad temprana se ha encontrado que los riesgos de presentar patologías tales como la ruptura prematura de membranas, anemia, preeclampsia-eclampsia y amenaza de parto pretérmino aumentan en forma importante, principalmente cuando ocurre en primigestas menores de 17 años de edad. Igualmente sucede con el intervalo intergenésico corto, solamente que en tal caso, se hace referencia a madres que posiblemente se encuentren en una

relación marital (se entiende que con una pareja que la sostenga económicamente), lo cual significa contar con un apoyo para efectos del acceso a servicios de atención médica adecuados. (13)

Si n embargo, éste supuesto médico es verdad sólo en cierto sentido. Es decir, no se niega que las altas tasas de morbi mortalidad materna y perinatal sean producto de la ocurrencia de un embarazo en edades "inadecuadas"; lo que se pone en duda es cuál de esos factores condiciona el desenlace: ¿la edad ó las condiciones desventajosas en que se encuentra la madre en relación a su estado nutricional y de salud en general?

En otras palabras, si un embarazo ocurre bajo condiciones óptimas de atención médica en una mujer con un estado nutricional y de salud adecuados, posiblemente las repercusiones sean menores, aunque la edad sea menor de 17 años. De lo contrario, la recomendación para evitar el embarazo en la adolescente debería dirigirse a la naturaleza misma que le da a la mujer la potencialidad de una reproducción desde un periodo donde todavía es menos propicia, que es cuando aparece la menarquía. (3).

Los cambios demográficos en México han generado que el mayor población, que antes se ubicaba en los primeros cinco años de edad, sea desplazado a edades siguientes, corresponde en la década actual a los mayores de esa edad. Esta transición en la estructura etérea de la población mexicana ha motivado una alta demanda de servicios de educación sexual y de salud reproductiva constituida por los adolescentes.

Se estimó para 1990 una cifra de 4.9 millones de mujeres de 15 a 19 años, lo que representó 23.50% de la población femenina en edad fértil (15 a 49 años). (6)

Si bien el ritmo de crecimiento ha disminuido, todavía entre 1970 y 1990 dieciséis estados presentaron un crecimiento mayor que el promedio nacional (3.2%). (6) El porcentaje de mujeres adolescentes con un hijo fue de 14.1% en las de 15 a 19 años en 1987 y la llegada del primer hijo ocurrió en un lapso breve posterior a la unión, esto es, el intervalo protogenésico fue corto. (6,7)

Los datos indican también que la llegada del primer hijo ocurre más tempranamente en las adolescentes con menor escolaridad y en las que residen en localidades rurales; se observa una diferencia de 1.6 años, esto es, que mientras las mujeres de 15 a 24 años sin escuela tienen su primer hijo a los 17 años en promedio, las de secundaria y más lo tienen a los 18.6 años. (6,8)

Si se supone que los adolescentes no tienen su primer hijo cada vez más temprano de manera consciente, los datos anteriores pudieran sugerir una falta de planeación del proñogénito, lo que nos llevaría a pensar en una deficiente información y dificultad de acceso a los medios para prevenir el embarazo, así como un probable desconocimiento de su sexualidad. Aún más, dado que los datos muestran un mayor rejuvenecimiento de la maternidad en los grupos de adolescentes presumiblemente con mejor acceso a los servicios y a los beneficios de la urbanización y de la modernización, pudiera estar sucediendo que estos procesos hayan traído consigo elementos negativos, probablemente asociados a la influencia de los medios masivos de comunicación. Por esto se puede deducir que, para atenuar el embarazo en adolescentes, es necesario incorporar elementos más persuasivos de información y de orientación en los ámbitos familiares, en las escuelas y en las comunidades. ⁽⁹⁻²¹⁾

Con respecto a la fecundidad acumulada, es decir, el promedio de hijos nacidos vivos tenidos hasta cierta fecha, las encuestas de 1986 y 1987 corroboraron un descenso de la misma en la población adolescente. El análisis de la paridad según la edad a la primera unión también revela la reducción de la fecundidad mencionada anteriormente. Sin embargo, todavía en 1987 las mujeres que se unieron antes de los 15 años tuvieron un promedio de poco más de dos hijos cada una. ^(10, 11)

Dado que existen componentes múltiples en la causalidad de la mortalidad y/o morbilidad materna o perinatal de la mujer adolescente, es necesario precisar el peso específico de los factores involucrados en este fenómeno con el objeto de identificar aquellos que estén más fuertemente asociados con el desenlace. Esto permitirá establecer prioridades y líneas de acción en los servicios de salud encaminadas a disminuir su magnitud y, por ende, contribuir a la reducción de las tasas de morbimortalidad. ⁽⁴⁾

La salud sexual es un componente esencial de la salud general e incluye el evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual. Los embarazos no deseados se asocian con riesgo elevado de pobreza social y económica, así como a enfermedades, tanto para la madre como para su hijo, y a secuelas importantes de infecciones transmitidas sexualmente como: inflamación pélvica e infertilidad, cáncer cervical e incremento de la susceptibilidad al virus de la inmunodeficiencia humana. ^{(10-13-12-14-15).}

Justificación

En primer lugar tomamos en cuenta que una de las metas de la OMS para este milenio es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y mejorar la salud materna antes de que concluya el año 2015.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, la Internet, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales. En contraparte, resulta insuficiente la información que se brinda sobre el comportamiento sexual responsable en el hogar, la escuela y la comunidad. Por lo tanto, la orientación sexual que reciben proviene muchas veces de fuentes poco confiables. En el caso del hogar, la educación sexual no debe limitarse a niños y jóvenes, es imprescindible lograr una aceptación franca por parte de los padres, los abuelos, los tíos, etcétera. Y es que los padres y muchos adultos, incluyendo profesionales, se oponen a que se les informe a los adolescentes sobre medios anticonceptivos, lo que produce que el tema se traslade de lo científico al terreno de lo moral con resultados francamente desorientadores.⁽¹⁴⁾

El embarazo en edades cada vez más tempranas ha devenido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a todos los estratos sociales, pero fundamentalmente a las clases de más bajo nivel socioeconómico. Esto se debe, en parte, a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Este acontecimiento irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, casi siempre en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo, protegerlo y manejarlo adecuadamente.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Ade más, el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión sobre el bienestar de la madre y de su futuro hijo, siendo esto más evidente en la medida en que ocurre en edades más tempranas.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

La mayor cantidad de gestaciones en la adolescencia se produce entre los 16 y los 18 años. Sin embargo, el aumento creciente en el número de embarazadas adolescentes menores de esta edad resulta alarmante. Esta situación repercute sobre la estabilidad, el equilibrio y la calidad de vida de la joven madre y de su familia, que impacta y determina considerablemente el futuro de su

hijo y limita, en alto grado, las oportunidades de educación, empleo y una vida más equilibrada para la adolescente. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia constituye un desafío para los gobiernos y se convierte en un verdadero obstáculo que impide mejorar las condiciones educacionales y socio-económicas de la mujer, sobre todo en los países con poco desarrollo, donde el problema alcanza dimensiones alarmantes debido a su elevada frecuencia y al limitado acceso de las adolescentes a los servicios públicos y privados de salud. Es una de las principales preocupaciones médicas derivadas de la conducta sexual que debería ser más responsable por parte de las y los adolescentes porque, supuestamente, disponen de un volumen mayor de información a su alcance, pero no sucede así y el resultado es la precocidad y promiscuidad de sus relaciones sexuales, asociadas al uso inadecuado de los métodos de planificación familiar. Estos factores han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. ⁽¹⁰⁾

Existe poca información sobre indicadores positivos de la sexualidad y su desarrollo en la adolescencia, o de lo que se considera como adolescentes sexualmente sanos dentro de su ambiente cultural. Necesitamos más investigación sobre valores, identidad sexual y roles de géneros en la sexualidad de los adolescentes de la Región (América Latina). La mayoría de lo que se conoce se refiere a resultados negativos, de los cuales el más publicado es el embarazo de adolescentes. Los estudios estadísticos de países de la Región pronostican que durante los cinco años comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, la mitad de la población femenina tendrá un hijo. Se estima que, en promedio, cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, el que es ilegal en la mayoría de los países de la Región. El uso de los anticonceptivos es el más bajo en este grupo de edad (los cálculos muestran que sólo 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos utiliza algún método anticonceptivo) y, aun cuando los conocimientos sean adecuados, la percepción individual del riesgo es baja. Según la OMS, por lo menos la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen 24 años o menos, lo que hace de este un tema crítico para la juventud de la Región. ^(OMS)

Objetivo General:

Analizar el comportamiento del embarazo en un grupo de adolescentes.

Objetivos Específicos:

1. Indagar las características generales y condiciones de vida de un grupo de adolescentes puérperas.
2. Evaluar los principales aspectos del comportamiento sexual de las adolescentes puérperas encuestadas.
3. Identificar las principales complicaciones materno-infantiles del embarazo en la adolescencia dentro de la muestra estudiada.
4. Determinar la frecuencia con que las adolescentes encuestadas recibieron orientación sexual.

Material y método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo del periodo comprendido entre mayo y octubre de 2007, mediante la aplicación de una encuesta a un grupo de adolescentes puérperas que fueron atendidas en el Hospital General de Tijuana.

La muestra fue constituida por pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: a) sexo femenino, b) puérperas, y c) adolescentes (entre 10 y 19 años).

Se aplicó un cuestionario inicial a cada adolescente en puerperio inmediato en estudio, una vez habiendo obtenido su consentimiento para participar en él. En la encuesta se analizaron variables sociodemográficas como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual. Se evaluaron aspectos relacionados con la esfera sexual de las jóvenes como la edad de su primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos, embarazos anteriores y si el embarazo había sido planificado o no.

Se incluyó un listado con las principales complicaciones que puede sufrir una embarazada para evaluar el comportamiento y cuantificar la incidencia de las mismas. Por último incluimos dos preguntas que midieron la frecuencia con que las jóvenes recibieron orientación previa.

Sujetos de estudio

Se tipificó como caso el de las mujeres menores de 20 años en puerperio inmediato que fueron atendidas en el Hospital General de Tijuana. Se eliminaron las de aquellas pacientes que se rehusaron participar en la investigación por cualquier motivo o que no contaron con los datos recabados en las encuestas.

De cada sujeto de estudio se obtuvo información específica sobre los factores de riesgo biológicos y socioculturales imputados a través de la respuesta personalizada de cada reactivo al momento de su egreso hospitalario, aplicando la Encuesta sobre los Factores de Riesgo Asociados al Embarazo en Adolescentes, y la consulta del expediente clínico. Los encuestadores desconocieron las características del estudio, lo que aseguró el proceso ciego en la captura de la información.

Variab les Independi ent es.

Los factores de causalidad se dividieron en factores biológicos y socioculturales. Los primeros incluyeron edad (menores de 20 años); estado nutricional por medio del índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²) tomado como valores de 30 o más como obesidad; intervalo intergenésico (corto, menor de 18 meses, normal, igual o mayor de 18 meses y no valorable, cuando se trate de primigestas), y patología previa al embarazo (presencia o ausencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía). Los socioculturales incluyen a los derivados de aspectos considerados como factores de alto riesgo,^(19,20) al embarazo no deseado, información reproductiva, escolaridad y fecundidad acumulada (ideal cuando no existan eventos previos y no ideal cuando se refiera uno o más eventos obstétricos previos).

Variab les Depend i ent es.

La existencia de morbilidad materna (presencia de cualquier complicación de la gestación), de morbilidad perinatal (cualquier complicación del recién nacido producto de la gestación) y de mortinatio (deceso del producto de 28 semanas de vida intrauterina, a menos de 7 días postnatales, como resultado de cualquier complicación de la gestación), se consideraron como desenlace cuando se presentaron en el embarazo estudiado.

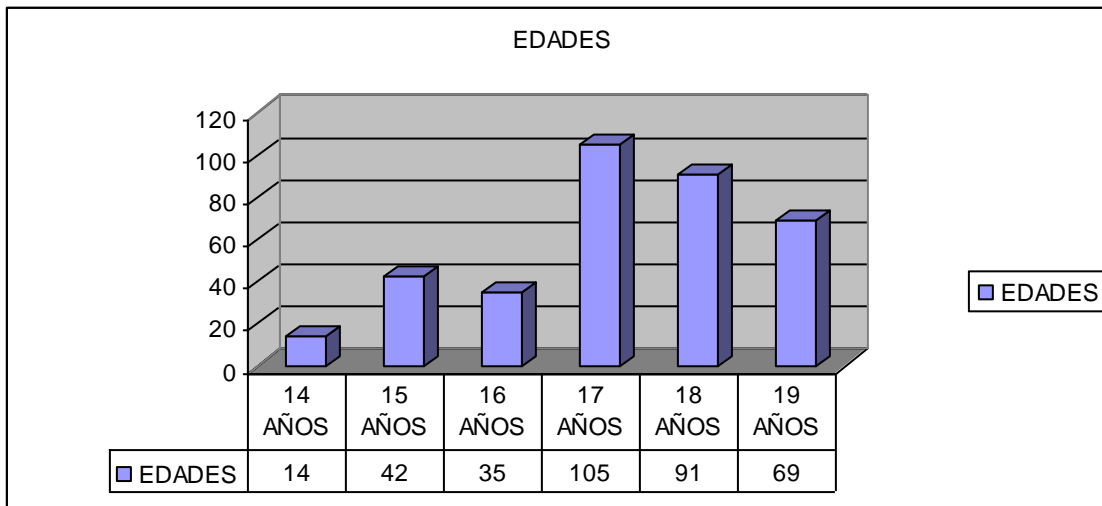
Instrumentos de medición

La calificación de las variables se hizo utilizando como instrumento de concentración único una encuesta elaborada por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tijuana que se aplicó en el puerperio inmediato a toda paciente puerpera menor de 20 años.

Resultados:

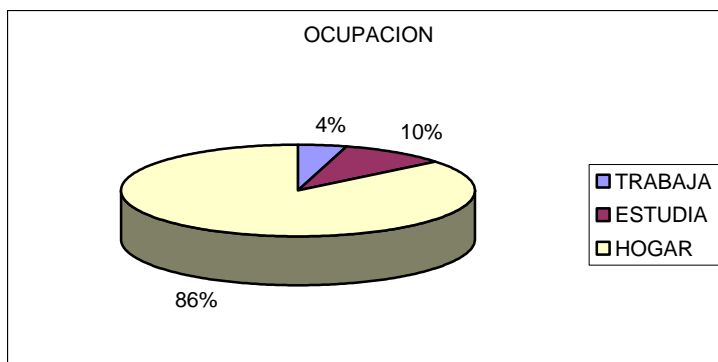
Se estudiaron un total de 357 pacientes, distribuidas de la siguiente manera: 14 de 14 años (3.92%), 43 (12.04%) de 15 años, 35 (9.80%) de 16 años, 105 (29.4%) de 17 años, 91 (25.49%) de 18 años y 69 (19.32%) de 19 años, (cuadro 1).

Cuadro 1.

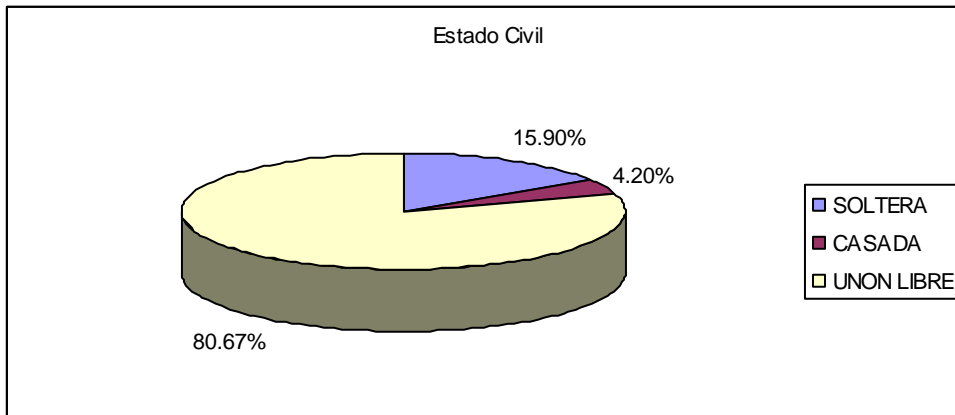


Nivel socio económico:

El nivel porcentual de ocupación del total de pacientes presenta la siguiente distribución: 15 (4.2%) trabajan, 33 (9.24%) estudian y 309 (86.554%) se dedican al hogar.



Estado civil: 57 (15.97%) solteras. 15 (4.20%) casadas. 285 (80.67%) unión libre.



Escolaridad: 53 (14.84%) sin la primaria terminada. 81 (22.69%) con primaria terminada. 128 (35.01%) con secundaria. 6 (1.6%) con carrera técnica. 74 (21.56%) con bachillerato.

A los 14 años, 8 (57.14%) pacientes no tenían la primaria terminada, 2 (14.2%) con primaria terminada, 4 (28.57%) iniciaron o se encontraban en la secundaria.

A los 15 años, 6 (13.33%) pacientes no tenían la primaria terminada, 8 (18.60%) con primaria terminada, 29 (67.44%) iniciaron o se encontraban en la secundaria.

A los 16 años, 7 (20%) pacientes no tenían la primaria terminada, 13 (37.14%) con primaria terminada, 15 (42.85%) iniciaron o se encontraban en la secundaria.

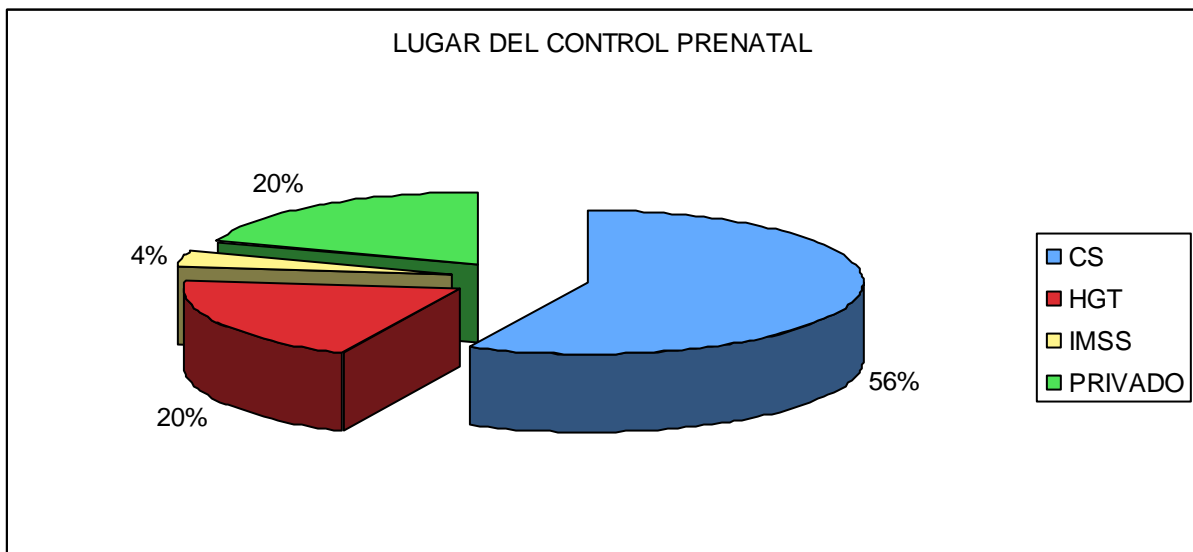
A los 17 años, 13 (12.38%) pacientes no tenían la primaria terminada, 22 (20.95%) con primaria terminada, 39 (37.14%) iniciaron o se encontraban en la secundaria, y 31 pacientes (33.33%) iniciaron bachillerato.

A los 18 años, 16 pacientes (17.58%) no tenían la primaria terminada, 22 pacientes (24.17%) reportaron la primaria terminada, 34 (43.95%) iniciaron o terminaron la secundaria. 13 pacientes (14.28%) iniciaron bachillerato.

A los 19 años, 8 pacientes (11.59%) no tenían la primaria terminada, 14 (20.22%) con primaria terminada, 8 (11.59%) iniciaron o terminaron la secundaria. 33 pacientes (47.8%) iniciaron o terminaron bachillerato. Y 6 pacientes (8.69%) reportaron una carrera técnica terminada.

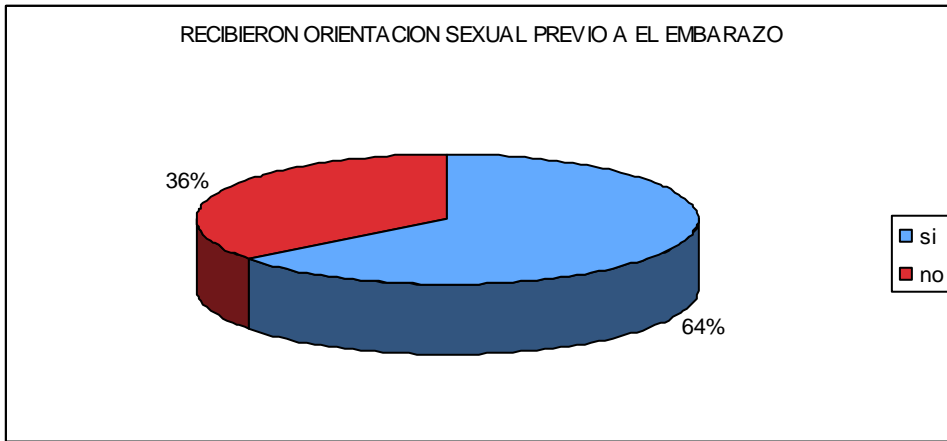
Totales por edad	Pri maria No terminada	Pri maria terminada	Secundaria	Carrera Técnica	Bachillerato
14 años	6	2	4		
15 años	6	8	29		
16 años	7	13	15		
17 años	13	22	39		31
18 años	16	22	40		13
19 años	8	14	8	6	33

Control prenatal: 83 (35.01%) pacientes sin control prenatal y 274 (76.75%) con control prenatal, de las cuales 158 (57.66%) llevaron su control prenatal en un centro de salud, 50 (18.24%) en el Hospital General de Tijuana, 10 (3.64%) en el IMSS y 55 (20.07%) en medio privado.



CS (Centro de Salud), HGT (Hospital General Tijuana), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social , Privado (atendida por médico en consultorio u hospital privado).

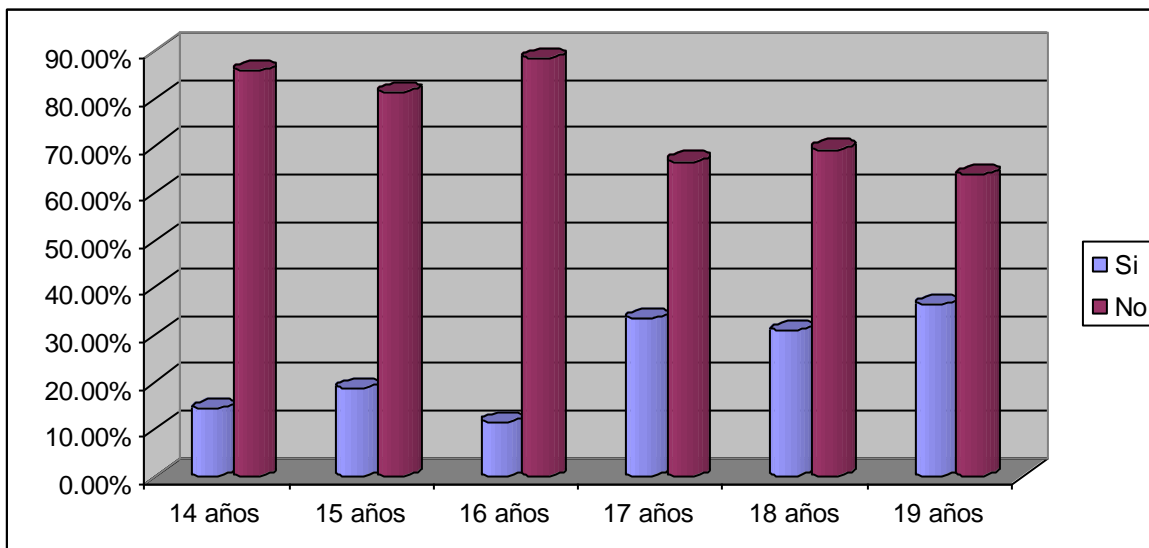
Sólo 128 pacientes recibieron educación sexual previo al embarazo y 229 no recibieron educación previo al embarazo



De las pacientes 102 (28.5%) usaron un método de planificación familiar y 255 (71.4%) no utilizaron

EDAD	Si	No
14 años	14.28 %	85.71 %
15 años	18.60 %	81.30 %
16 años	11.40 %	88.50 %
17 años	33.33 %	66.66
18 años	30.70 %	69.2
19 años	36.23 %	63.76 %

Uso de método de planificación familiar.



Un total de 309 (86.55%) fueron embarazos no planeados y 48 (13.16%) si fueron planeados.

EDAD	NO	SI
14 años	13	1
15 años	39	4
16 años	31	4
17 años	96	9
18 años	77	14
19 años	53	16

El inicio de la vida sexual a los 13.6 años de edad en promedio de las pacientes.

Edad	Número de pacientes que iniciaron su vida sexual activa
11 años	4 (1.12%)
12 años	12 (3.36%)
13 años	23 (6.44%)
14 años	67 (18.6%)
15 años	145 (40.61%)
16 años	54 (15.12%)
17 años	33 (9.4%)
18 años	16 (4.48%)
19 años	3 (8.84%)

El estado nutricional reportó una talla promedio de 158.9 cms. en un rango de (132- 168 cms.) con un peso promedio de 73.33 Kg (45- 134 Kg) con índice de masa corporal de 33.82 (21.3- 49.6).

Edad	Peso promedio kg	Talla promedio cm	IMC
14 años	65.012	155.43	27.45
15 años	60.332	154.666	23.5
16 años	68.421	159.4	29.3
17 años	68.266	160.66	29.06
18 años	81.076	159.15	41.3
19 años	83.043	159.22	43.31

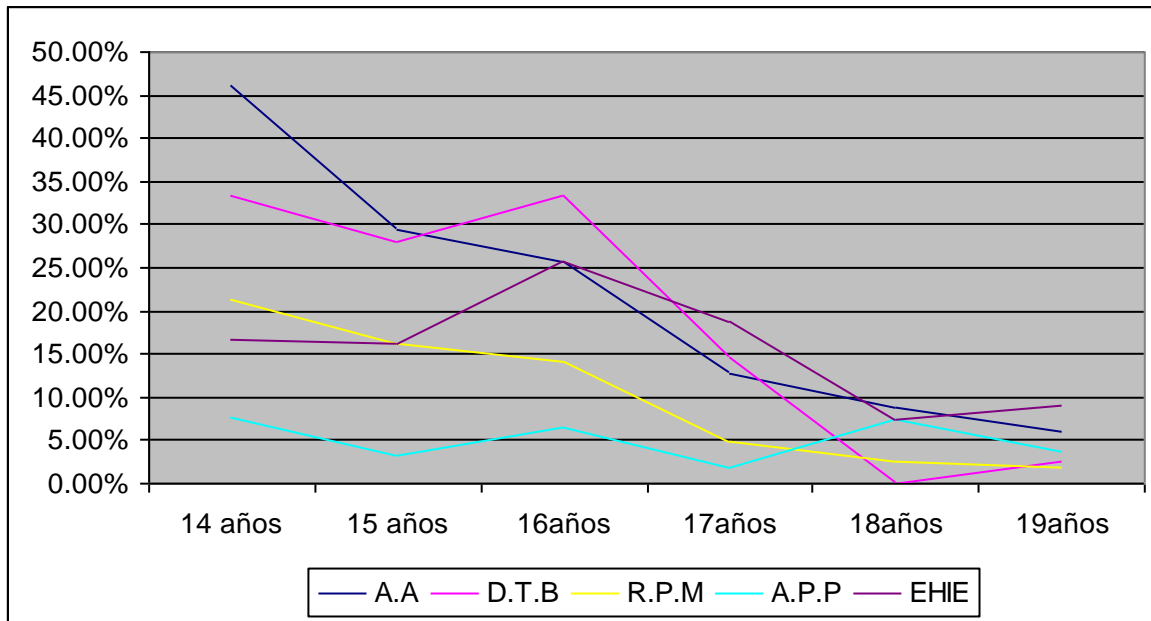
Resultado obstétrico de 245 (78.77 %) parto, 66 (21.22 %) con respecto al promedio de cesárea, 46 (13.1 % de puérperas) abortos.

Edad	No. Parto vaginal	No. Cesárea	% Cesáreas	No. Abortos
14 años	9	4	30.7 %	1
15 años	25	6	26,6 %	4
16 años	24	7	22.5 %	4
17 años	83	18	17.8 %	12
18 años	65	15	21.4 %	14
19 años	39	16	29.09 %	11

Las complicaciones del embarazo fueron 44 (14.14 %) pacientes cursaron con amenaza de aborto, 29 (9.32 %) pacientes presentaron ruptura prematura de membranas, 26 (10.6 %) pacientes con desgarro de tejidos blandos, 45 (14.4 %) pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo y 32 (10.28 %) pacientes con amenaza de parto prematuro

	A A	D T B	R P M	A P P	E H E	ABORTOS
14 años	46.15 %	33.33 %	21.4 %	7.6 %	16.6 %	7.1 %
15 años	29.3 %	28 %	16.2 %	3.2 %	16.1 %	9.3 %
16 años	25.80 %	33.3 %	14.2 %	6.4 %	25.8 %	11.4 %
17 años	12.8 %	14.5 %	4.9 %	1.9 %	18.8 %	11.4 %
18 años	8.75 %	0 %	2.5 %	7.5 %	7.5 %	15.3 %
19 años	6.1	2.5 %	1.8 %	3.6	9.09 %	15.9 %

A A Amenaza aborto
D T B Desgarro tejidos blandos
A P P Amenaza de parto prematuro
R P M Ruptura prematura de membranas
E H E Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo



Se encontraron 47 casos de amenaza de aborto; 29 rupturas prematura de membranas; 26 desgarros de tejidos blandos; 45 casos de enfermedad hipertensiva causada por el embarazo; 32 amenazas de parto prematuro. De los recién nacidos se encontraron 54 productos prematuros (menores de 36 semanas); 22 con bajo peso (menor de 2000 gramos) y 28 productos macrosómicos (mayores de 4500 gramos) que requirieron su ingreso a UCI N

Morbilidad fetal por grupo de edad

Edad	Pre mat urez	Baj o peso	Macrosómi co
14 años	6	1	1
15 años	5	1	2
16 años	7	2	2
17 años	14	14	19
18 años	8	2	1
19 años	5	2	3
Edad	Pre mat urez	Baj o peso	Macrosómi co
14 años	42.80 %	7.40 %	7.40 %
15 años	11.60 %	2.30 %	4.60 %
16 años	20 %	5.71 %	5.71 %
17 años	13.33 %	13.33 %	8.57 %
18 años	8.79 %	2.10 %	20.87 %
19 años	7.24 %	2.89 %	4.34 %

Conclusiones:

El embarazo en las pacientes adolescentes es un claro problema de salud que impacta tanto la esfera social como la económica de la entidad. Implica grandes retos tanto para las autoridades correspondientes por el enorme gasto que genera la atención médica, como para las familias que ven trastornadas sus rutinas de vida por hay una tendencia a la disminución en el porcentaje de complicaciones del embarazo conforme la edad aumenta, y una gran falta de información y orientación de la adolescente sobre la salud sexual con mala elección o falta de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar. Con una preocupante edad de inicio de la vida sexual activa, y mal control prenatal de estos embarazos de alto riesgo que en su mayor parte son tratadas por médicos generales los cuales no refieren a estas pacientes a un segundo nivel solo el 18.4 % de las pacientes atendidas en esta unidad llevaron su control en la misma, se requiere de un drástico cambio en primer lugar en el hogar la escuela en si el medio ambiente de la adolescente para su mejor orientación, un mejor entrenamiento de el sistema de salud así como un gran mejoramiento de el servicio de ginecología en el hospital general de Tijuana ya que patologías importantes no se lograron diagnosticar por falta de laboratorio como diabéticas, hipotiroideas, síndrome antifosfolípidos, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Dr. Sigfrido Valdez et.al Embarazo en la adolescencia , incidencia riesgos, y complicaciones Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología 2002 2: 28 pp 84- 88.
- (2) Vicente Díaz Sánchez El embarazo de las adolescentes en México Gaceta médica mexicana vol 139 suplemento no1 2003 PP s23s28
- (3) E Pérez campos Consejo anticonceptivo en la adolescencia aspectos legales revista pediátrica de atención primaria vol VII, Suplemento 2 2006 pp 83-87.
- (4) Alison MFraster, MS P. HAssociation Of Young maternal Age U T adverse reproductive outcomes The New England Journal Of medicine April 27 1995 Volumen 332 No 17 pp 1113- 1118
- (5) R Alta Charo J. DPolitics parents And Prophylaxis The New England Journal Of medicine mayo 2007 Volumen 356 No 19 pp 1905- 1908
- (6) Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional a Estudiantes de Secundaria y Preparatoria 1988*. México, 1990
- (7) Dr Paulino Vigil - De García et, al revista obstetricia y ginecología venezolana junio 2007 volumen 67 n 2 pp 143-149
- (8) Jhon Santelli . et.al revista family planning perspectives Agosto del 2000 volumen 32 numero 4 pp 156166
- (9) Claudio Stern Vulneribilidad social y embarazo adolescente en México papeles de población enero a marzo 2004 pp 129-158
- (10) Guillermo Padron Arredondo Embarazo en adolescente estudio sociodemográfico revista médica del hospital general de México m vol 68, num1 enero marzo 2005 pp 13-19
- (11) Bernardina Baeza W et.al revista chilena de obstetricia y ginecología 2007 vol 72 no 2 pp 76-81
- (12) Marta Molina S et.al embarazo en la madurez y su relación con la deserción escolar revista médica de Chile 2004 vol 132 pp 65-70
- (13) Miguel Lugones botella La consulta de ginecología infantil juvenil en función a la educación sexual revista cubana médica general integral 1999 vol 15 no 2 pp 184-90
- (14) Catherine Mankes , Leticia Suárez sexualidad y embarazo en México papeles de población UNAM 2003 no 53 pp1 -33

- (15) Instituto Mexicano del Seguro Social y Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. *Encuesta sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes* 1987. México, D.F., 1990
- (16) Sant' Anna, Maria José Carvalho, Catunda, Júlia Kerr et.al Pregnant Teenager Involvement in Sexual Activity and the Social context The Scientific World JOURNAL 2006 volumen 6 pp 9981007
- (17) Sant' Anna, Maria José Carvalho Teenage Pregnancy: Impact of the Integral Attention Given to the Pregnant Teenager and Adolescent Mother as a Protective Factor for Repeat Pregnancy The Scientific World JOURNAL 2007 vol 7 pp187- 194
- (18) *Maria Ekstrand Margareta Larsson* Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits - a focus group study among 17-year-old female high-school students Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Volume 84 Issue 10 Page 980-986, October 2005
- (19) Jonathan D Klein, MD, MPH and the Committee on Adolescence Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues PEDIATRICS Vol. 116 No. 1 July 2005, pp. 281-286
- (20) Mari Imamura, Janet Tucker Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review The European Journal of Public Health Advance Access published online on March 25, 2007 pp 1262- 1275
- (21) Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study International Journal of Epidemiology 2007; 36 pp. 368- 373